

Desafíos pendientes para la construcción de información epidemiológica sobre salud/salud mental en pueblos originarios en Argentina

*Stella Maris Orzuza**

Resumen

Se recuperan discusiones y reflexiones surgidas a partir de la realización de estudios epidemiológicos sobre problemas de salud en pueblos originarios en Argentina. A pesar de la acuciante necesidad de conocer la situación de salud de los pueblos originarios señalada por organismos internacionales y las mismas comunidades, se identificaron dificultades de orden teórico y metodológico que dificultan su concreción. En relación con la construcción de información epidemiológica sobre la situación de salud de los pueblos, se señalan dificultades en la presentación de los resultados de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010; en el abordaje metodológico de los estudios empíricos y en la débil incorporación de la variable étnica en los registros sanitarios. En relación con la construcción de información epidemiológica en salud mental, se identifican diferencias epistemológicas, teóricas y metodológicas al interior del campo de la salud mental para la construcción de información epidemiológica sobre esta población. Se concluye que, si bien se reconocen ciertas condiciones del momento actual que generan un campo de posibilidad mayor para el desarrollo de la epidemiología en salud/salud mental sobre pueblos originarios en Argentina, esta población continúa estando subordinada a prácticas arbitrarias que impiden la posibilidad del establecimiento de políticas públicas que reduzcan las inequidades, y permitan el resarcimiento histórico y necesario para con estos pueblos.

Palabras claves: Epidemiología – Población indígena- Salud Mental - Argentina

Pending challenges for the epidemiological information construction on the aboriginal peoples' mental health in Argentina

Abstract

Discussions and reflections on the epidemiological studies on the aboriginal peoples' mental health in Argentina are addressed. Despite the compelling need to know the aboriginal peoples' health conditions the international organizations and the communities themselves have pointed out, theoretical and methodological difficulties preventing from their study have been identified. In this regard, the difficulties include: the 2001 and 2010 National Census of Population, House and Dwellings outcomes elucidation, the methodological approach of the empirical studies and the feeble addition of the ethnic variable in the health records. In relation to the epidemiological information construction on mental health epistemological, theoretical and methodological differences for such a construction are identified in the mental health field. Though there are better conditions to develop the mental health epidemiology on such peoples, they are still submitted to biased actions that prevent the public policies from being settled so as to reduce the inequities and allow the historical and mandatory compensation they deserve.

Keywords: epidemiology – aboriginal population - mental health - Argentina

Introducción

Este artículo se desprende de una serie de estudios epidemiológicos realizados con pueblos originarios en la ciudad de Rosario, Argentina, a partir del año 2011. En el desarrollo de estas investigaciones, surgieron obstáculos, discusiones y reflexiones especialmente centradas en la dificultad para la identificación de la situación sanitaria de la población originaria, así como de su dimensión poblacional en la ciudad, que se constituyeron en el objeto mismo de este artículo. Se incluyen también en esta publicación reflexiones sobre el desafío que implica la determinación e interpretación de los problemas de salud mental en pueblos originarios para el campo de la salud mental.

Se describen a continuación los estudios de los

cuales se desprende este artículo. En el período 2012/2013 se efectuó el “Estudio epidemiológico sobre la situación de salud de niñas y niños de la comunidad qom residente en la ciudad de Rosario (Santa Fe, Arg).”, financiado por la Comisión Nacional Salud Investiga dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Entre sus objetivos se definió realizar una caracterización socio-demográfica según condiciones de vida de la población qom de la ciudad de Rosario considerando que los problemas de salud/salud mental y las estrategias de cuidado están mediadas por las condiciones de vida que vulneran de forma diferencial la salud de las personas, y por las condiciones socioeconómicas que son determinantes de las decisiones que se toman (Barcala & Stolkiner, 2007). Sin embargo, sólo fue posible caracterizar a la población para el total provincial

* Universidad Nacional de Rosario – CONICET. Argentina. E-mail: stella.m.orzuza@gmail.com

y nacional. Otro de los objetivos se refería a la identificación de problemas de salud/salud mental registrados en el centro de salud de adscripción de la población seleccionada. La no inclusión de la variable étnica en los registros sanitarios dificultó esta indagación y atentó contra la confiabilidad de los resultados. La dificultad en la identificación de las características sociodemográficas de la población qom de Rosario fue problemática también para los estudios "Prevalencia de malestares músculo-esqueléticos y enfermedades reumáticas en población originaria qom (toba) de la ciudad de Rosario" realizado por el Grupo Latinoamericano de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO) y para el estudio "Percepciones socioculturales sobre el Pap y el cáncer cérvico uterino en mujeres de la comunidad qom." Rosario, 2013-2014 financiado por el Instituto Nacional de Cáncer. El estudio GLADERPO realizó un relevamiento domiciliario para identificar a la población enferma, muchos de los cuales ya recibían atención en el sistema de salud, pero su no inscripción como población originaria imposibilitaba su identificación. El siguiente estudio sobre cáncer cérvico uterino utilizó la caracterización poblacional realizada por el estudio GLADERPO pero asumiendo las limitaciones en el relevamiento realizado.

Distintos estudios se han realizado en Latinoamérica sobre problemas de salud de las poblaciones originarias, que señalan la situación de desventaja de este grupo social. Estudios realizados en Brasil y México coinciden en destacar el importante rezago que presenta la población indígena del país en relación con el resto de la sociedad (Lerin, 2005; Barriguete, et. al, 2003; Ferreira Moura, Diógenes & Vasconcelos Varela, 2005). Sin embargo, en Argentina la realización de estos estudios se encuentra dificultada. Recientemente, en los últimos cinco años, se ha comenzado a discutir la posibilidad de elaborar registros epidemiológicos y de morbimortalidad que desagregan la variable étnica en distintos ámbitos provinciales (Cuyul, 2014). Sin embargo, sólo la provincia de Formosa la ha incorporado formalmente en sus registros, aunque la información no se encuentra disponible en registros oficiales para su consulta (Cuyul, Robetto & Specogna, 2011).

Los estudios relevados en el ámbito nacional sobre esta población se han efectuado a partir de relevamientos sociosanitarios que hacen los equipos de salud (Lorenzetti, 2014) relevamientos domiciliarios de los equipos de investigación (Valeggia, Orlando & Lagranjao, 2014; Menghi, et al. 2007; Badano, et. al, 2014), han utilizado información sociodemográfica parcial producida en algunas provincias (Badano, et. al, 2014) o han tenido que restringirse a realizar estudios en los servicios de salud, a la población usuaria, por la dificultad de realizar relevamientos poblacionales (Sosa Estani, et. al, 2009; Mampay & Van de Velde, 2014). Esta situación impide la construcción de información sanitaria y sociodemográfica comparable y accesible que permita la visibilización de la situación de salud de este

grupo social comparativamente con la población general.

Panorama actual

En las últimas décadas, organismos internacionales y áreas gubernamentales, comenzaron a colocar su mirada en la situación de salud de pueblos originarios y a generar informes y políticas específicas dirigidas a esta población. La visibilización de la situación de salud de los pueblos indígenas es una tarea prioritaria para alcanzar políticas sanitarias inclusivas que permitan superar las profundas brechas de inequidad que los afectan.

Según el Foro de Investigación en Salud de Argentina (2008) en nuestro país la población indígena presenta un perfil epidemiológico complejo atravesado por una mayor mortalidad y vulnerabilidad que en el resto de la población, desnutrición infantil, chagas, tuberculosis y otras enfermedades infecto-contagiosas evitables, sumado a casos de discriminación y racismo en los servicios hacia los usuarios indígenas. Al mismo tiempo, se señala la falta de producción de información específica, imprescindible para dar respuesta a las problemáticas sanitarias que los aquejan.

Según la Encuesta Complementaria de Pueblos Originarios 2004-2005, el 23,5% de sus hogares encierran sus necesidades básicas insatisfechas, una proporción muy alta comparada con la media nacional (14,3%). La tasa de analfabetismo para la población indígena de 10 años o más es de 9,1%, mientras que la nacional es 2,6%, tres veces menor. Los pueblos originarios presentaron valores desfavorables en la mayoría de los indicadores sociodemográficos. La comparación de los resultados de los censos nacionales que incluyeron la identificación de la población indígena, realizados en los años 2001 y 2010, permite identificar que no solamente la población indígena es una minoría (representa menos del 3% de la población según el censo nacional 2010); sino que, además, se está reduciendo. Mientras la población indígena decreció, en la población general se observa un crecimiento del 0,9% anual (Orzuza, 2015).

En el plano legislativo, la reforma de la constitución del año 1994 avanza en la garantía de derechos para esta población, reconociendo su preexistencia étnica y cultural en el territorio argentino. Por otro lado, en el año 2000 se ratifica el convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que es uno de los instrumentos jurídicos internacionales más actualizados sobre la materia (Maceira, 2011). Este último, es particularmente trascendente en el ámbito de la investigación ya que hace especial hincapié en la consulta y participación de los pueblos en relación con los temas que los afectan, incluyendo la formulación, implementación y evaluación de medidas y programas que les conciernen directamente.

En el campo de la salud mental, dentro del proceso en el que se encuentra Argentina de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°

26657, se ha aprobado el Plan Nacional de Salud Mental, en el cual la perspectiva intercultural se encuentra explícitamente enunciada en los objetivos que traza. Se identifica a las minorías étnicas como poblaciones que sufren estigmatización y discriminación por su particularidad cultural, al mismo tiempo que, al expresar la interculturalidad como criterio en los abordajes, se insta a la identificación y particularización de las intervenciones cuando son planificadas para grupos poblacionales mayores que los integran, como en los casos de programas dirigidos hacia: niñas, niños y adolescentes; adultos mayores o población con alto índice de pobreza (Orzuza, 2014).

Por otro lado, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones ha conformado el área de Vigilancia Epidemiológica, que señala entre sus acciones futuras, la inclusión de indicadores de salud mental y adicciones en las salas de situación jurisdiccionales (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, s.f). Esta definición se encarna en los señalamientos del Plan Nacional de Salud Mental, que identifica como un problema prioritario el escaso desarrollo de la epidemiología en salud mental y define objetivos para transformar esta situación. Siguiendo los lineamientos del plan, se espera que esta nueva área sea útil para resituar la importancia de la producción de información epidemiológica en salud mental. Por otro lado, que propicie la identificación de la situación de salud mental de la población indígena en particular, dada la inequitativa brecha en salud que los afecta.

Referentes conceptuales del campo de la epidemiología

La epidemiología, como todas las disciplinas científicas, ha desarrollado distintas perspectivas teórico-metodológicas con diferentes fundamentos epistemológicos y filosóficos. A continuación se desarrolla el recorrido teórico considerado más idóneo para el problema en estudio.

Este recorrido se realizó en el marco de las perspectivas críticas de la epidemiología, que posee un importante desarrollo en América Latina. La epidemiología desde un enfoque crítico ha contribuido a visibilizar las situaciones desventajosas de determinados grupos sociales al interior de las sociedades heterogéneas. Desde esta perspectiva, la epidemiología como campo de conocimiento y de intervención, asume el estudio de las relaciones entre las condiciones de vida y la situación de salud en diferentes grupos de población; fundamentado en los esfuerzos sociales por transformar la salud en función de la modificación de aquellas condiciones objetivas de existencia (Castellanos, 1997). Las condiciones de vida son indicadores de las lógicas con que se conforman las sociedades, del sentido que se da a los sujetos sociales, de las relaciones políticas y los procesos históricos que viven los pobladores. Asimismo, expresan la posibilidad de acceso a los beneficios que provee el desarrollo social, cuyas dimensiones son dinámicas, se interrelacionan unas con otras y determinan formas específicas de vivir, enfermar y

morir (Breilh, 2003).

La categoría desigualdad social es particularmente fecunda para analizar las situaciones diferenciales de salud cuando estas diferencias, que son sociales, colocan sistemáticamente a algunos grupos en desventaja. Si bien distintas teorías han buscado comprender las desigualdades sociales en salud (Breilh, 1998; Marmot y Wilkinson, 1999; Samaja, 2000; Hofrichter, 2003) se puede entender que, desde la terminología actual, todas coinciden en que las desigualdades en salud expresan la injusticia social y la falta de reconocimiento de los derechos humanos de amplios espectros de la población. Las desigualdades en el estado de salud están fuertemente entrelazadas a la organización social y tienden a reflejar el grado de inequidad existente en cada sociedad.

En relación con los grupos étnicos, la consideración de las desigualdades sociales lleva a un doble determinación: la posición social que ese grupo ocupa en la sociedad y la aceptación/rechazo que puedan tener frente a los grupos mayoritarios. El significado concreto que la raza/etnia adopta como variable social predictora de los estados de salud es modelado por el medio histórico, socioeconómico, cultural y epidemiológico, siendo prácticamente imposible establecer reglas universales sobre las relaciones entre raza/etnia y salud. Por ello, los determinantes sociales de la salud necesitan ser comprendidos en contextos particulares (Barata, 2009).

Una perspectiva reciente en el campo de la epidemiología la constituye la Epidemiología Sociocultural, preocupada por ampliar los referentes teóricos y metodológicos en el estudio de la relación entre etnicidad y salud. La epidemiología sociocultural es una propuesta emergente, que señala la necesidad de la inclusión de acercamientos etnográficos en los estudios epidemiológicos, indicando la pertinencia de abordar tanto los aspectos biológicos y ambientales, como sociales, culturales y políticos. Para ello, propone recurrir al conocimiento local y la participación social, como ejes a los que es necesario acceder para entender y atender mejor a las diferentes causas de la enfermedad, considerando que las “miradas profanas” son imprescindibles en su concurso frente a la complejidad que denotan los distintos problemas del ámbito sanitario (Haro, 2010).

Dificultades en la producción de información epidemiológica sobre Pueblos Originarios

A partir de distintos estudios realizados con una comunidad de pueblos originarios del ámbito urbano a lo largo de los últimos seis años referidos previamente (Fernández, et. al, 2014; Orzuza, 2013a, Orzuza, 2013b; Santero, 2013) en la búsqueda de construir información epidemiológica sobre esta población, respetuosa de los derechos obtenidos por los pueblos, se identificaron diferentes problemas que pueden ser agrupados, esquemáticamente, del siguiente modo:

Dificultades en la producción de información epidemiológica sobre Pueblos Originarios	
Generales	En salud mental
- Identificación de la población indígena	- La comprensión de los problemas de salud mental
- Identificación de su situación de salud	- Epidemiología psiquiátrica vs Epidemiología en salud mental
- Otros problemas metodológicos	- Otros problemas metodológicos

Problemas generales para la producción de información epidemiológica en Pueblos Originarios

Sobre la identificación de la población indígena

A partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2001, se incluye la identificación de la población indígena en este relevamiento. Para ello, se introdujo una pregunta dirigida a detectar hogares en los que al menos uno de sus miembros se reconociera descendiente y/o perteneciente a un pueblo indígena. Esta identificación dio pie a que se diseñara el marco muestral de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), realizada durante los años 2004 y 2005, cuyo propósito general fue cuantificar y caracterizar a la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente de un pueblo indígena. La información elaborada incluye aspectos sociodemográficos, educativos, laborales, de acceso a servicios de salud, de uso de lenguas o idiomas indígenas y de residencia. Si bien estos relevamientos se convirtieron en los principales insumos para una serie de estudios posteriores, presentan una serie de limitaciones. Una primera crítica se refiere al análisis de los resultados del censo 2001 para la población indígena. Para la presentación de los resultados se definió desagregar la información por pueblo y por regiones muestrales como unidad mínima. El análisis de la información por pueblo fue un importante avance en la visibilización de cada pueblo indígena y en las posibilidades de poseer información comparativa. Sin embargo, el criterio de integrar la información por regiones muestrales, implicando la reunión de los datos de dos o tres provincias sin la posibilidad de desagregarla en una unidad menor, obstaculiza la construcción de información por provincia y por municipio, imprescindible para la definición de políticas públicas dirigidas a esta población en particular.

En relación con el Censo Poblacional 2010, al momento actual se encuentra disponible la información sobre la población indígena a nivel provincial, sin la desagregación por pueblo oportunidades territoriales menores, a pesar del tiempo transcurrido y de las estimaciones realizadas sobre el tiempo de análisis por el organismo responsable del relevamiento que

pronosticaban su publicación para diciembre de 2011. Tampoco se repitió la realización de la Encuesta Complementaria para Pueblos Originarios que hubiera permitido comparar los resultados luego de 10 años de políticas públicas.

La construcción de información estadística sobre la situación sociodemográfica, educativa y laboral de los pueblos permite la identificación de brechas de inequidad y avanzar en su transformación. Esta población continúa estando subordinada a prácticas arbitrarias que impiden la posibilidad del establecimiento de políticas públicas que reduzcan las inequidades, y permitan el resarcimiento histórico y necesario para con estos pueblos.

Sobre la identificación de su situación de salud

Otra de las dificultades para la construcción de información epidemiológica sobre esta población se debe a que los sistemas de información en salud no incluyen lo que se ha dado en llamar la “variable étnica”. En el año 2011 se presentaron los resultados de un estudio realizado para identificar la disponibilidad y calidad de las fuentes de información en salud con desagregación étnica en las provincias de Salta, Formosa, Chaco, Misiones, Jujuy y Neuquén (Cuyul, Robetto & Specogna, 2011). Asimismo, se buscó conocer la percepción de los funcionarios respecto a si era viable y pertinente incorporar la variable étnica en dichos registros. Estas provincias fueron seleccionadas por tener una proporción mayor de población indígena en su territorio comparativamente con las demás provincias de Argentina. Los resultados del estudio señalaron que la desagregación étnica en los sistemas de información es resistida por la mayoría de los funcionarios de las Direcciones de Estadísticas en Salud de las provincias estudiadas, salvo los casos de Formosa y Misiones. No obstante, los funcionarios entrevistados reconocieron la existencia puntual de brechas y la prevalencia de mayor morbimortalidad en las comunidades indígenas como consecuencia de distintas expresiones biológicas de la desigualdad, como tuberculosis, mal de Chagas, mayor mortalidad materna, diarrea y desnutrición, entre otras. Finalmente, el estudio determina que sólo la provincia de Formosa ha incorporado formalmente en sus registros la variable

étnica, aunque la información no se encuentra disponible en registros oficiales para su consulta. Es evidente que la imposibilidad de su identificación en los registros sanitarios es un importante obstáculo para la producción de información epidemiológica sobre esta población.

En la ciudad de Rosario, durante el año 2014 se incorporó la “variable étnica” en el SICAP (Sistema de Información de Centros de Atención Primaria). Sin embargo, todavía no se ha publicado información oficial presentando resultados, ni se conoce el porcentaje de carga de datos o la eficiencia en su utilización. Por todo ello, la información socio sanitaria que se posee de este grupo poblacional es parcial y heterogénea.

Otros problemas metodológicos

Otro orden de problemas se encuentra en relación con la metodología de los estudios empíricos. La utilización de indicadores poblacionales clásicos trae dificultades para el abordaje de problemas de salud en esta población, ya que no contemplan la dimensión cultural que otorga sentidos y determina las acciones. La universalización que pretenden estas categorías, desconoce el carácter cultural del saber occidental.

Un ejemplo de ellos son las metodologías que utilizan los estados nacionales para medir la pobreza. Renshaw & Wray (2004) señalan críticamente que no poseen la sensibilidad cultural necesaria para integrar las formas singulares de interpretar la riqueza y la pobreza en diversos grupos culturales. Ambas concepciones son interpretadas mono culturalmente desde la sociedad occidental. En este punto es necesario señalar que no hay una visión indígena única sobre la pobreza. Por un lado hay intelectuales y líderes indígenas que afirman que el concepto de pobreza es una manera de discriminar o desvalorizar la cultura indígena. El hecho de comparar los grupos indígenas con el resto de la sociedad nacional en términos de ingresos, escolaridad o saneamiento básico, puede ser injusto, ya que estos indicadores, propios de la sociedad nacional, pueden no tener la misma relevancia para los pueblos indígenas.

En el ámbito sanitario, lo mismo ocurre con el indicador “fecundidad”. En los pueblos indígenas, la fecundidad elevada es una expresión del buen vivir, un valor y recurso deseado que garantiza la continuidad biológica y cultural del grupo.

Por otro lado, sus lamentables condiciones de vida (pobreza, difícil acceso al agua potable, falta de trabajo, quita de sus tierras) no suelen incluirse como determinantes de su situación de salud. Lo mismo ocurre muchas veces con los estudios culturalistas, cuando se considera la “diferencia” como algo independiente de las relaciones de poder y dominación (Bauman, 2003). Esto oculta tanto la situación histórica de subordinación y dominación sobre los pueblos originarios por los grupos mayoritarios como el grado de determinación que tienen las condiciones de vida sobre la situación de salud.

Problemas específicos para la producción de información epidemiológica en salud mental sobre Pueblos Originarios

La comprensión de los problemas de salud mental

Si la utilización de indicadores sociodemográficos y de salud clásicos en la población originaria genera controversias, aún debe ser mayor la discusión en la identificación y medición de los problemas de salud en el campo de la salud mental.

El primer núcleo problemático se encuentra en la forma de comprender y nombrar los problemas de salud mental. Diversos autores señalan que la identificación de problemas de salud mental en pueblos originarios posee la complejidad de implicar necesariamente la comprensión de la cosmología y cosmogonía de los pueblos bajo el riesgo de, de otra manera, caer en reduccionismos y esquematizaciones (Lopera Valle & Rojas Jimenez, 2012; Vallejo, 2006).

Durante los años de trabajo de campo realizados por la autora de este artículo, se recogieron relatos fantásticos que desde la psicopatología tradicional, se interpretan como construcciones delirantes pero que, al interior de las creencias y prácticas del pueblo indígena, constituyen parte de la configuración de funciones sociales (como la determinación de los médicos tradicionales) o de danzas, curaciones o interpretaciones sobre las causas de las muertes (Orzuza, 2013b). Mujeres que se convertían en serpientes durante el baile; eventos adversos a la comunidad como tormentas provocadas por la ruptura de tabúes; enfermedades provocadas por “daño”; concurrencia a médicos tradicionales y apelación a la sanación por el culto (Fernández, et. al, 2014). Estos relatos señalan interpretaciones diversas sobre los problemas de salud y salud mental en la comunidad, muy alejadas a las concepciones del saber occidental.

Esta situación interpela directamente las bases mismas del conocimiento científico en salud mental. El carácter interdisciplinario de este campo implica necesariamente una amplia diversidad teórica, incluso al interior de cada disciplina que aborda los problemas de salud mental. Se sitúa entonces, esta discusión, en el campo de la psicología y la psiquiatría, disciplinas que han hegemonizado este campo por su expertez.

¿Cuál es la naturaleza del objeto de estudio de la psicología, a saber el psiquismo humano o la mente? ¿Cómo es interpelada la comprensión de la naturaleza del objeto de estudio de la psicología por las concepciones de los pueblos originarios? Uno de los debates que nutren este tema es la búsqueda de universales psicológicos, que atraviesa todos los desarrollos culturalistas del campo de la psicología en la actualidad. Los extremos en esta discusión se expresan, por un lado, en la Psicología Cultural en la versión de Clifford Geertz, quien considera que las particularidades culturales, sociales e históricas generan procesos psíquicos particulares; mientras que la Psicología Transcultural y la Antropología Psicológica utilizan métodos comparativos para identificar los elementos comunes en los procesos psíquicos de grupos sociales

altamente heterogéneos entre sí. Esto es, la búsqueda de universales psicológicos. En la base de estas concepciones, se encuentra una disputa cara a la psicología. Las bases de los problemas de salud mental, ¿se encuentran en la biología? ¿Son los problemas de salud mental causados por lesiones o disfunciones en el sistema nervioso central de los enfermos? O muy al contrario, ¿La salud mental se configura en el tejido particular de un medio social y cultural específico? ¿La salud y la enfermedad mental, es el resultado de una construcción social?

La psiquiatría cultural y la psiquiatría transcultural han sido pioneras en estas discusiones. La psiquiatría cultural entiende que las nosologías psiquiátricas son categorías dependientes de los contextos histórico culturales (Martínez Hernaez, 2006). Estudios realizados en Argentina comparten esta concepción, denunciando la confusión de diferencias culturales con desvío o psicopatología (Contini de Gonzalez, 2003; Duero & Shapoff, 2009). Sin embargo, en el complejo campo de la salud mental, la psiquiatría cultural ocupa un lugar de menor importancia en relación con la psiquiatría general más orientada al estudio de los neurotransmisores en la etiología de los trastornos mentales que a la investigación de la influencia de las transformaciones culturales en la salud mental (Martínez Hernaez, 2006). La psiquiatría transcultural cuestiona que los manuales diagnósticos internacionales más utilizados, (DSM y el CIE 10) ignoran los principales síndromes culturales de Latinoamérica, e indica críticamente que no hay ninguna cultura que pueda valorarse como norma de referencia general para comprender valorativamente un comportamiento en culturas distintas (Hollweg, 2001).

Igualmente, el DSM en su cuarta edición, advierte a los lectores que la evaluación de los síntomas de la esquizofrenia "en situaciones culturales o socioeconómicas diferentes de las propias, debe tomar en cuenta estas diferencias culturales". Más aún, que "ideas que pueden parecer delirantes en una cultura (por ejemplo, la magia y la brujería) bien pueden ser comunes en otra. En algunas sociedades, las alucinaciones visuales o auditivas con contenido religioso pueden ser parte normal de la experiencia religiosa (por ejemplo, el ver a la Virgen María u oír la voz de Dios)" (Uribe, 2000, p. 346).

Las grandes diferencias epistemológicas del campo de la salud mental exceden por mucho el caso particular de la comprensión de los problemas de salud mental en pueblos originarios. La misma tiene su traducción también en el campo de la epidemiología, en el desarrollo de perspectivas distintas, esto es, la epidemiología psiquiátrica y la epidemiología en salud mental. Estudios realizados sobre pueblos originarios se han realizado desde ambas perspectivas.

Epidemiología psiquiátrica vs Epidemiología en salud mental

La epidemiología psiquiátrica ha hegemonizado el campo de la epidemiología cuando se analizan o describen los problemas de salud mental debido a su adecuación al marco de la ciencia hegemónica. La

epidemiología psiquiátrica toma de la clínica la noción de enfermedad y de la psiquiatría la concepción de enfermedad mental y define a esta última como su objeto. La enfermedad mental es entendida con existencia en sí, sin poner en relación el padecimiento mental con las condiciones y relaciones sociales en las que se genera (Augsburger & Gerlero, 2005).

Por otro lado, la epidemiología en salud mental recupera la tradición de la construcción de la salud mental como campo. La ampliación de los saberes disciplinares, las reformulaciones de las prácticas de cuidado, y los cambios en las organizaciones e instituciones sanitarias constituyen los pilares en los que se funda el llamado campo de la salud mental. La epidemiología en Salud Mental implica definiciones políticas que la colocan en franca oposición con la epidemiología psiquiátrica, que tienen implicancias teóricas y prácticas. En relación con las definiciones teóricas, replantea y discute la dicotomía salud-enfermedad, entendida como situaciones estáticas, postulando la categoría de sufrimiento. El sufrimiento se inscribe como categoría que sin patologizar al sufriente, la integra como situación abordable.

La rígida dicotomía entre salud y enfermedad no permite dar cuenta de todo un conjunto de situaciones que no consiguen ser encasilladas en uno u otro polo. Diferenciar la categoría sufrimiento de la enfermedad, permite recuperar la dimensión histórica, dándole visibilidad a las relaciones entre el padecer y las vicisitudes y eventos de la vida cotidiana, así como con las condiciones objetivas de vida en el seno de su grupo social de pertenencia (Augsburger & Gerlero, 2005).

También incorpora la perspectiva del actor, heredada de la antropología, al considerar que la expresión del padecimiento depende de los sujetos, de su voluntad o su deseo de vivir o de sanar. Esta perspectiva entiende que la epidemiología en salud mental debe centrar su atención en los disímiles eventos de vida y las heterogéneas condiciones sociales, económicas y culturales en las cuales se generan y manifiestan los problemas de salud mental, la identificación de diferencias entre los grupos sociales en la expresión del malestar y avanzar en la planificación de acciones que trasciendan los muros institucionales (Augsburger, et. al, 2010).

Finalmente, se considera que la epidemiología en salud mental posee la permeabilidad necesaria para permitirse construir categorías teóricas nuevas que interpelen las clásicas clasificaciones. Este marco epistemológico será propicio para permitirse pensar, junto a otros saberes, los problemas de salud mental en comunidades con características culturales particulares.

Otros problemas metodológicos

Es innegable la utilidad de la estadística para la descripción de los problemas de salud. El análisis de las desigualdades sociales en salud se ha valido ampliamente de las herramientas brindadas por la estadística. Sin embargo, en los análisis realizados sobre la población originaria, se ha vuelto necesario operacionalizar el

concepto de “cultura”, con resultados discutibles. La necesidad de construir indicadores medibles, lleva a la dificultad de preguntarse ¿Qué es lo cultural?. Según la respuesta que se dé a esa pregunta, difiere la construcción del indicador. En general, los instrumentos de indagación se han construido con los indicadores: lengua; vestimenta; lugar de residencia; apellido (Starfield, 1998; Valdivia, 2011). Bajo este indicador, se esconde una concepción estática de la cultura, por la cual desde el exterior a la misma cultura se define sus atributos más representativos. La cultura se interpreta como el “contexto externo” a los individuos y al grupo social.

Esta concepción es cuestionada desde las perspectivas de la antropología que consideran el carácter determinante de la cultura. La concepción simbólica de cultura, en palabras de su propio impulsor, Geertz (1973 en Serrano Blasco, 2008, p 350), hace referencia a "aquellos patrones de significación históricamente transmitidos y encarnados en símbolos, un conjunto de concepciones heredadas expresadas en forma simbólica por medio de los cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan sus conocimientos y actitudes de la vida". La concepción simbólica de cultura va más allá de la tradicional versión descriptiva, e introduce los fenómenos simbólicos como elementos definitorios de la misma. Sin embargo, cabe recuperar una crítica a esta perspectiva. Esta perspectiva tiende a instituir una percepción del universo humano como espectáculo cuyo significado cabe interpretar, con lo que deja de lado, o al menos no presta la necesaria atención, a la tensión y al conflicto social que se derivan de las luchas entre los distintos grupos sociales en su pugna por definir el sentido de la situación social de acuerdo con sus propios intereses particulares. En otros términos, la perspectiva simbólica no percibe con suficiente claridad las relaciones de dominación que están presentes en las luchas por el poder que el significado de la acción social otorga (Serrano Blasco, 2008).

La definición que ha adoptado nuestro país para la identificación de la población indígena hereda esta discusión y toma posición asumiendo la autoadscripción como criterio distintivo. No será la lengua, el apellido, o la reproducción de tradiciones lo que definirá lo indígena. Son los propios pueblos indígenas quienes definen qué es ser indígena. Posición superadora a otros países de la región, implica cuestionamientos y desafíos a la construcción de indicadores cuantitativos.

Conclusión

Si bien se han identificado ciertas condiciones del momento actual que generan un campo de posibilidad mayor para el desarrollo de la epidemiología en salud mental sobre Pueblos Originarios en este momento histórico, una serie de situaciones lo dificultan. Algunos son del orden más técnico, operativo: la imposibilidad de la identificación de la población en unidades territoriales menores a las provincias y la imposibilidad de su identificación en los registros sanitarios; otros son del orden político, ya que dependen de la forma de comprensión de la realidad y la posibilidad de su transformación.

Algunos son específicos del campo de la salud mental y otros lo trascienden. En algunos es evidente la forma de resolverlos, otros dependen de posiciones políticas y éticas.

Hay dos implicancias de esta discusión que se quieren resaltar en particular: por un lado, la percepción de la naturaleza humana como única, pese a las diferencias culturales; o su comprensión de forma plural, gracias a las diferencias culturales. La posición que se adopte sobre este tema tendrá implicancias epistemológicas y metodológicas para el abordaje del problema.

La otra se refiere a la interpretación de la diferencia cultural como algo independiente de las relaciones de poder y dominación. Siguiendo a Bauman (2003) algunas diferencias se construyen desde la desigualdad, desde la relación de inferioridad del grupo social con los grupos mayoritarios. Lo que a veces se pierde de vista, o es deliberadamente ocultado, es que la demanda de reconocimiento es impotente a no ser que la sostenga la praxis de la redistribución, y que la afirmación comunal de la distintividad cultural aporta poco consuelo a aquellos cuyas elecciones toman otros.

Queda mucho por discutir en el campo de la salud mental como de la epidemiología, tanto en sus aspectos teóricos como metodológicos, en el camino de la construcción de saberes disciplinares e interdisciplinarios respetuosos de las diversas formas de comprender la salud y la enfermedad y de cómo abordarla que, al mismo tiempo, reconozcan las desigualdades en la distribución del poder y los recursos como característica estructural del capitalismo.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Augsburger, C.&.Gerlero, S (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *KAIRÓS, Revista de Temas Sociales*, 9 (15) 1-10.
- Augsburger, C., Gerlero, S., Orzuza, S., Corvalán, F. (2010). La información epidemiológica en el diseño de las políticas de salud mental en la provincia de Santa Fe: los vínculos entre la investigación y la gestión sanitaria. En Paíroba, C (Ed) *IV Jornadas de Ciencia y tecnología: divulgación de la producción científica y tecnológica de la UNR*. (p. 41-44) Rosario: Laborde Libros.
- Badano, et. Al (2014). Infección por virus papiloma humano (HPV) en comunidades indígenas guaraníes de la

- zona centro de la provincia de Misiones. En Hirsch, S., Lorenzetti, M & Salomón, O. (Ed.) *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. (pp. 47-77) 1° Ed. Puerto Iguazú: INMeT.
- Barata, R (2009). *Cómo y por qué las desigualdades sociales hacen mal a la salud*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barcala, A & Stolkiner, A (2007). Estrategias de cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. En IIFCS (Ed) *Jornadas Gino Germani*. (p.15-21) Buenos Aires: CLACSO.
- Barriguete, J; Reartes, D; Venegas, R; Moro, M; Enrique, E; Lerin, S (2003, noviembre) *La salud mental en contextos interculturales: contenidos para la capacitación del personal de salud*. Ponencia presentada en el IV Congreso Virtual de Psiquiatría. Valencia, España
- Bauman, Z. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Breilh, J. (1981). *Epidemiología: economía, medicina y política*. Santo Domingo, República Dominicana: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castellanos, P (1997). Epidemiología, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. En Barradas Barata, R. (comp.) *Condições de vida e situação de saúde*. (p. 31-77) Río de Janeiro: Abrasco.
- Contini de Gonzalez, E (2003). Multiculturalismo y psicopatología: perspectivas en evaluación psicológica. *Revista Psicodébate*, 3, 91-106.
- Cuyul, A (2014). La política de salud para pueblos indígenas. En “El Impenetrable”, provincia de Chaco (Argentina). En Hirsch, S., Lorenzetti, M. & Salomón, O. (Ed.) *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. (p. 47-77) 1° Ed. Puerto Iguazú: INMeT.
- Cuyul, A., Robetto, M. Specogna, M. (2011). Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2 (7): 12-18.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, s.f *Epidemiología* [consultado 13 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/vigilancia-epidemiologica>
- Duero, D., & Shapoff, V (2009). El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. *Revista CES Psicología*, 2, 20-48.
- Foro de Investigación en Salud de la Argentina (2008). *Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Situación de salud con pueblos indígenas en Argentina*. Resumen Ejecutivo. Bs As: MSAL.
- Haro, J. (2010, marzo) *Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas*. Ponencia presentada en I Congreso Internacional de Transdisciplinariedad, Mexicali, México.
- Hofrichter, R. (2003). *Health and social justice*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Hollweg, M. (2001). La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Revista Investigación en salud*, 3, 6-12.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004-2005. [consultado 21 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/webcenso/ECPI/index_ecpi.asp.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Cuarta publicación. Resultados definitivos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Análisis de datos. [consultado 21 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Resultados publicados. [consultado 21 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar>.
- Fernandez, S.; Orzuza, S.; Valdata, M.; Bensi, A.; Iglesias, P.; (2014, octubre) *Prácticas terapéuticas en el tratamiento de enfermedades reumáticas en población qom*. Rosario, Argentina.
- Ferreira Moura, E; Diógenes, MA; Vasconcelos Varela, Z. (2005). Familias inmigrantes que viven en la periferia de una gran metrópoli: análisis reflexivo del papel del enfermero. *Revista Cubana de Enfermería [on line]* 1 (1), 1-1.
- Lerín, S (2005, junio). *Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social*. Ponencia presentada en I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina.
- Lopera Valle, J. & Rojas Jimenez, S. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Revista Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 31 42-52.
- Lorenzetti, M (2014). “Luchas de acento”: salud-enfermedad-atención en las comunidades wichí de Tartagal (Salta, Argentina) En Hirsch, S.; Lorenzetti, M & Salomón, O. (Ed.) *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. (p. 47-77) 1° Ed. Puerto Iguazú: INMeT.
- Maceira, M (2011). El estado argentino y los pueblos originarios. El respeto por la propiedad comunitaria. *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones "Ambrosio L. Gioja" V*, Número Especial 312-322.
- Mampay, M & Van de Velde, E (2014). Retardo de crecimiento o “stunted growth”. Prevalencia y repercusión en la salud de niños mbya guaraní de las comunidades de Ruiz de Montoya, Misiones En Hirsch, S.,

- Lorenzetti, M & Salomón, O. (Ed.) *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. (pp. 47-77) 1° Ed. Puerto Iguazú: INMeT.
- Marmot, M. & Wilkinson, R (1999). *Social determinants of health*. London: Oxford Press.
- Martinez Hernaez, A (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cadernos Saude Pública*, 22 (11) 2269-2280.
- Menghi C, et al (2007). Investigación de parásitos intestinales en una comunidad aborigen de la provincia de Salta. *Medicina*, 67 (6) 705-708.
- Orzuza, S.M. (2013a). Problemas de salud de niñas y niños indígenas: Mejorar sus condiciones de vida para garantizar el derecho a la salud. *Direitoem Debate*, 22 (40): 91-117.
- Orzuza, S.M. (2013b). Concepciones y prácticas indígenas sobre la salud y la enfermedad. Conocerlas para respetarlas. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 5 (abr) 67-78.
- Orzuza, S.M. (2014). Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina *Revista Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6 (1) 40-47.
- Orzuza, S.M. (2015) Brechas de equidad: análisis de la información sociodemográfica de la población indígena. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12 (1) 14-26.
- Renshaw, J. & Wray, N (2004). *Indicadores de bienestar y pobreza indígena*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Samaja, J. (2000). *Areprodução social e a saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questao das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Saúde.
- Santero, M. (2013). *Estimación de la captación de mujeres para la realización del examen Papanicolaou en los efectores públicos de la ciudad de Rosario: La situación particular de las mujeres pertenecientes a comunidades originarias*. Rosario: Sala de situación. Secretaría de salud pública Municipalidad de Rosario.
- Serrano Blasco, J. (2008). Psicología cultural En: Kaulino & Stecher (Eds) *Cartografía de la psicología contemporánea. Pluralismo y modernidad* (pp. 347-363) Santiago de Chile: Lom.
- Sosa Estani, S.; Dri, L; Touris, C; Abalde, S.; Dell'arciprete, A. & Braunstein, J. (2009). Transmisión vectorial y congénita del *Trypanosoma cruzi* en Las Lomitas, Formosa. *Medicina*, 69 (4) 424-430.
- Starfield, B. (1998). *Atención primaria*. Barcelona: Masson.
- Uribe, C. (2000). La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(4) 345-366.
- Valdivia, M. (2011). Sobre los determinantes étnico-culturales de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. En Alcazar, et. al (Eds): *Salud, interculturalidad y comportamientos de riesgo*. (pp.85-119) Lima: Grade.
- Valeggia, C.; Orlando, M.& Lagranja, E. (2014). Cambios en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en asentamientos toba de la provincia de Formosa En Hirsch, S., Lorenzetti, M & Salomón, O. (Ed.) *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. (p. 47-77) 1° Ed. Puerto Iguazú: INMeT.
- Vallejo, A (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 39-46.

Fecha de recepción: 12-08-2015

Fecha de aceptación: 9-06-2016